

介護保険被保険者証交付申請書

介護受付	受付No

記入例

個人番号（マイナンバー）
を記入してください。

大分市長 殿

次のとおり介護保険被保険者証の交付を申請します。

※太枠の中を記入してください

被 保 険 者	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	フリガナ	カイゴ タロウ								生年月日	昭和		
	被保険者氏名	介護 太郎									99 年 99 月 99 日		
	被保険者住所	〒870-9999 大分市〇〇町〇番〇号 電話番号(097) 999 - 9999											

医療保険者名	〇〇健康保険協会〇〇支部	医療保険被保険者証 記 号 番 号	9999-999
--------	--------------	----------------------	----------

〇〇市、〇〇共済組合、〇〇連合組合などの健康組合などの健康保険の保険者名を記入してください。

申 請 者	フリガナ	カイゴ ハナコ	申請年月日	令和 年 月 日
	申請者氏名	介護 花子	本人との関係	妻
	申請者住所	〒870-9999 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号(097) 999 - 9999		

認定申請書の申請者と
同一であること。

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要です。

確 認	入 力	発 送	備 考